

平成24年度

自己評価及び外部評価結果

【事業所概要(事業所記入)】

事業所番号	1473700258	事業の開始年月日	平成9年11月27日	
		指定年月日	平成18年4月1日	
法人名	医療法人社団 三喜会			
事業所名	グループホーム青葉台			
所在地	(227-0054) 横浜市青葉区しらとり台3-9			
サービス種別 定員等	<input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護 <input checked="" type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護	登録定員	名	
		通い定員	名	
		宿泊定員	名	
		定員計	9名	
		ユニット数	1ユニット	
自己評価作成日	平成25年2月25日	評価結果 市町村受理日	平成25年6月21日	

※ 事業所の基本情報は、介護サービス情報の公表制度のホームページで閲覧してください。

基本情報リンク先	http://www.rakuraku.or.jp/kaigo/w10/wpJDetails.aspx?JGN0=ST1473700258&SVCD=320&THN0=14100
----------	---

【事業所が特に力を入れている点・アピールしたい点(事業所記入)】

青葉台の地で15年、地域に根ざした認知症介護に取り組んできました。建物は決して新しいとは言えませんが、ゆったりとした暖かみのある環境の中で皆様自分らしくゆったりと暮らしていらっしゃいます。利用者様、スタッフ共にここでの経験が長く、非常にアットホームな雰囲気です。ここ数年、利用者様の重度化が進んできた為今まで以上に医療連携に力を入れています。利用者様がお望みであれば最期まで青葉台で自分らしく暮らせるよう、主治医、看護師等と連携協力し、最大限の支援をさせて頂きます。

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	株式会社フィールズ		
所在地	251-0024 神奈川県藤沢市鶴沼橋1-2-7 湘南リハウスビル4階		
訪問調査日	平成25年3月27日	評価機関 評価決定日	平成25年6月17日

【外部評価で確認した事業所の優れている点・工夫点(評価機関記入)】

事業所は田園都市線青葉台駅から徒歩8分の住宅街にある2階建ての建物の1階部分です。2階はデイサービスセンター青葉台があり、1階入口には訪問介護ステーションがあります。1階残りが1ユニット9名のグループホームとなっています。開設して15年経ち、耐震設備や台所、風呂場の改修工事も終了し、快適で安全な暮らしを確保しています。

<優れている点>

介護経験年数やホームでの勤務年数が長い職員が多く、介護度が重い利用者への対応も積極的なチームワークで支援しています。月2回の往診医と毎週の歯科医や看護師の訪問で健康管理を行っています。利用者家族の要請で看取りが必要になるとターミナルケアを実施しており、協力医、看護師、職員が連携し本人の希望に沿うように対応しています。経管栄養や点滴状態になっても支援体制は可能です。

<工夫点>

地域との密着がより強くなっています。受け入れのボランティアは定期的に訪問し、利用者の楽しみとなっています。また中学校の就労体験学習や専門学校・大学の資格取得のための福祉体験実習を受け入れています。地域の祭りに参加したり、神輿や獅子舞の立ち寄りの場として敷地を提供しています。管理者はケアプラザの講演会の講師として年3回呼ばれ、認知症の理解普及に努めています。食材の買い出しも地元商店から購入し、また定期的に八百屋や乳酸菌飲料販売店も来ています。近所の自治会副会長や消防団員とも懇意となり協力関係が築かれています。

【地域密着型サービスの外部評価項目の構成】

評価項目の領域	自己評価項目	外部評価項目
I 理念に基づく運営	1 ~ 14	1 ~ 7
II 安心と信頼に向けた関係づくりと支援	15 ~ 22	8
III その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント	23 ~ 35	9 ~ 13
IV その人らしい暮らしを続けるための日々の支援	36 ~ 55	14 ~ 20
V アウトカム項目	56 ~ 68	

事業所名	グループホーム青葉台
ユニット名	

V アウトカム項目			
56	職員は、利用者の思いや願い、暮らし方の意向を掴んでいる。 (参考項目：23, 24, 25)	○	1, ほぼ全ての利用者の
			2, 利用者の2/3くらいの
			3. 利用者の1/3くらいの
			4. ほとんど掴んでいない
57	利用者と職員が一緒にゆったりと過ごす場面がある。 (参考項目：18, 38)	○	1, 毎日ある
			2, 数日に1回程度ある
			3. たまにある
			4. ほとんどない
58	利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている。 (参考項目：38)	○	1, ほぼ全ての利用者が
			2, 利用者の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが
			4. ほとんどいない
59	利用者は、職員が支援することで生き生きとした表情や姿がみられている。 (参考項目：36, 37)	○	1, ほぼ全ての利用者が
			2, 利用者の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが
			4. ほとんどいない
60	利用者は、戸外の行きたいところへ出かけている。 (参考項目：49)	○	1, ほぼ全ての利用者が
			2, 利用者の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが
			4. ほとんどいない
61	利用者は、健康管理や医療面、安全面で不安な区過ごせている。 (参考項目：30, 31)	○	1, ほぼ全ての利用者が
			2, 利用者の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが
			4. ほとんどいない
62	利用者は、その時々状況や要望に応じた柔軟な支援により、安心して暮らせている。 (参考項目：28)	○	1, ほぼ全ての利用者が
			2, 利用者の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが
			4. ほとんどいない

63	職員は、家族が困っていること、不安なこと、求めていることをよく聴いており、信頼関係ができています。 (参考項目：9, 10, 19)	○	1, ほぼ全ての家族と
			2, 家族の2/3くらいと
			3. 家族の1/3くらいと
			4. ほとんどできていない
64	通いの場やグループホームに馴染みの人や地域の人々が訪ねて来ている。 (参考項目：9, 10, 19)	○	1, ほぼ毎日のように
			2, 数日に1回程度ある
			3. たまに
			4. ほとんどない
65	運営推進会議を通して、地域住民や地元の関係者とのつながりの拡がりや深まりがあり、事業所の理解者や応援者が増えている。 (参考項目：4)	○	1, 大いに増えている
			2, 少しずつ増えている
			3. あまり増えていない
			4. 全くいない
66	職員は、活き活きと働いている。 (参考項目：11, 12)	○	1, ほぼ全ての職員が
			2, 職員の2/3くらいが
			3. 職員の1/3くらいが
			4. ほとんどいない
67	職員から見て、利用者はサービスにおおむね満足していると思う。	○	1, ほぼ全ての利用者が
			2, 利用者の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが
			4. ほとんどいない
68	職員から見て、利用者の家族等はサービスにおおむね満足していると思う。	○	1, ほぼ全ての家族等が
			2, 家族等の2/3くらいが
			3. 家族等の1/3くらいが
			4. ほとんどいない

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
I 理念に基づく運営					
1	1	○理念の共有と実践 地域密着型サービスの意義を踏まえた事業所理念をつくり、管理者と職員は、その理念を共有して実践につなげている	事業所独自の理念を創り、玄関、事務所、台所等に掲示しています。職員全員で理念を共有化し日々のケアの中で実践しています。	開所時グループホーム独自の理念をまとめ、事務所・ホール・廊下に掲示しています。毎日2回のミーティング、月1回のカンファレンス時に確認し意識づけを行っています。新しい職員は理念を含めて新人研修を受けています。	
2	2	○事業所と地域とのつきあい 利用者が地域とつながりながら暮らし続けられるよう、事業所自体が地域の一員として日常的に交流している	朝夕の挨拶等、声を掛け合うことが出来ています。自治会にも参加し、夏祭り お神輿等地域のイベントにも参加させていただいています。（自治会の副会長、民生委員が窓口になって下さる）	秋の祭りでは子供神輿、獅子舞の休憩所となっています。ボランティアは洗濯・掃除・傾聴やギター演奏（月1回）が来てくれます。青葉区内2～3ヶ所のケアプラザで地域の方に「認知症について」分りやすく解説しています。	
3		○事業所の力を活かした地域貢献 事業所は、実践を通じて積み上げている認知症の人の理解や支援の方法を、地域の人々に向けて活かしている	近くにお住まいの方が立ち寄り相談に来られたこともあります。また自治会、民生委員の方に、介護等でお悩みの方がいたらいつでも声を掛けて下さいと伝えています。		
4	3	○運営推進会議を活かした取組み 運営推進会議では、利用者やサービスの実際、評価への取り組み状況等について報告や話し合いを行い、そこでの意見をサービス向上に活かしている	会議において委員の方々から頂いた貴重な意見を真摯に受け止め、サービスの質の向上に役立てています。	運営推進会議は3ヶ月に1回、併設のデイサービスと合同で行っています。メンバーは利用者家族代表、自治会副会長、民生委員、地域ケアプラザです。意見で、風呂の改修時に、週3回の入浴を週2回に変更したことで、少ないとの意見により清拭を追加しています。	
5	4	○市町村との連携 市町村担当者と日頃から連絡を密に取り、事業所の実情やケアサービスの取組みを積極的に伝えながら、協力関係を築くように取り組んでいる	横浜市の青葉区担当職員、青葉区のケースワーカーと面識があり協力し合える関係が出来ています。	地域ケアプラザとは運営推進会議メンバーや管理者の講師参加など良い交流をしています。生活保護の方もいますので区保護課の方が2ヶ月に1回位来訪します。区・市のグループホーム連絡会の研修会に参加しています。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
6	5	○身体拘束をしないケアの実践 代表者及び全ての職員が「指定地域密着型サービス指定基準及び指定地域密着型介護予防サービス指定基準における禁止の対象となる具体的な行為」を正しく理解しており、玄関の施錠を含めて身体拘束をしないケアに取り組んでいる	全ての職員が身体拘束についての正しい知識を持っています。またカンファレンスで事例等を通じて身体拘束の有無を確認しています。（玄関の施錠は安全を考慮し実施）	生命に係わるため家族の了解のもと「経管栄養チューブを外す利用者のためミトン着用」を実施しています。玄関は安全上から施錠しています。言葉や態度を含む身体拘束をしないケアについて職員に研修をし実践しています。	
7		○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止法等について学ぶ機会を持ち、利用者の自宅や事業所内での虐待が見過ごされることがないように注意を払い、防止に努めている	毎月のカンファレンスや研修等を通じて、虐待防止に対するお互いの意識を高めています。		
8		○権利擁護に関する制度の理解と活用 管理者や職員は、日常生活自立支援事業や成年後見制度について学ぶ機会を持ち、個々の必要性を関係者と話し合い、それらを活用できるよう支援している	管理者は横浜市のグループホーム連絡会の研修で権利擁護について学んでいます。入居中の利用者様の中にも実際に活用されている方がいます。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又は改定等の際は、利用者や家族等の不安や疑問点を尋ね、十分な説明を行い理解・納得を図っている	利用者、家族、担当のケアマネ等実際に来所して見学をしていただきます。その上で十分な説明を行い、理解、納得をして頂いてから契約を行います。		
10	6	○運営に関する利用者、家族等意見の反映 利用者や家族等が意見、要望を管理者や職員並びに外部者へ表せる機会を設け、それらを運営に反映させている	ご家族の訪問の際に何でも話して頂いています。家族会等でもご家族から様々な意見を頂いております。また、運営推進会議も、そのような機会として捉えています。	毎月1回連絡帳で利用者の状況を報告しています。地元の利用者がほとんどの為、家族は毎日のように面会に来ています。“洗面所にタオルがかかっている”など家族の方が気づいたことを遠慮せずにつけてくれるようになってきました。	

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
11	7	○運営に関する職員意見の反映 代表者や管理者は、運営に関する職員の意見や提案を聞く機会を設け、反映させている	毎月のカンファレンスにおいて、様々な意見や提案を出してもらっています。また、特に大事にしているのは、普段からスタッフが意見や提案をし易い環境づくりをすることです。	毎日のミーティング、月1回のカンファレンスでも職員は自由に意見が言えます。様子が違う場合は個人面接を行っています。職員のうち8人が5年以上の勤続と長く勤めています。仕事以外で女子会もあり、管理者が補助しています。	
12		○就業環境の整備 代表者は、管理者や職員個々の努力や実績、勤務状況を把握し、給与水準、労働時間、やりがいなど、各自が向上心を持って働けるよう職場環境・条件の整備に努めている	職員の努力、取り組んできたことに対して適切な評価をしてくれています。また、スタッフ各々が自己研鑽できる環境を与えています。		
13		○職員を育てる取組み 代表者は、管理者や職員一人ひとりのケアの実際と力量を把握し、法人内外の研修を受ける機会の確保や、働きながらトレーニングしていくことを進めている	スタッフまた事業所全体のレベルアップの為、様々な研修への参加の機会を与えています。		
14		○同業者との交流を通じた向上 代表者は、管理者や職員が同業者と交流する機会をつくり、ネットワークづくりや勉強会、相互訪問等の活動を通じて、サービスの質を向上させていく取組みをしている	交流し易い環境を提供してくれています。特に管理者はそれぞれのホーム良いところを取り入れ、ホームの質の向上に活かしています。		
II 安心と信頼に向けた関係づくりと支援					
15		○初期に築く本人との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、本人が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、本人の安心を確保するための関係づくりに努めている	初期の関係作りは特に大切なので、十分な時間を取りじっくりと向き合っています。焦らずゆったりとした環境の中で自然な関係を築けるように力を入れています。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
16		○初期に築く家族等との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、家族等が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、関係づくりに努めている	利用者様同様、ご家族との関係も非常に大切にしています。まず、お話しをじっくりと聞くこと、それに対して適切な答えをすることが大切だと考えています。		
17		○初期対応の見極めと支援 サービスの利用を開始する段階で、本人と家族等が「その時」まず必要としている支援を見極め、他のサービス利用も含めた対応に努めている	まずよく話を聞く機会を作り、本当にその方が必要としているサービスを見極めていきます。また、他のサービス機関へ繋げたり紹介したりということも行っています。		
18		○本人と共に過ごし支え合う関係 職員は、本人を介護される一方の立場に置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	可能な範囲内で、得意分野で力を発揮して頂けるように努めています。ホームの主役は利用者様です。スタッフは脇役として出来ない部分をそっと手助けをさせていただいています。		
19		○本人と共に支え合う家族との関係 職員は、家族を支援される一方の立場に置かず、本人と家族の絆を大切にしながら、共に本人を支えていく関係を築いている	面会、お手紙、電話等を通じて交流し一方面的な関係にならないようにしています。また、誕生会、記念祭等のイベントを通じて利用者を共に支える関係が出来ています。		
20	8	○馴染みの人や場との関係継続の支援 本人がこれまで大切にしてきた馴染みの人や場所との関係が途切れないよう、支援に努めている	馴染みの人が、ホームを利用者様の家だと思って気軽に来られるよう配慮しています。また、ご希望の方にはご家族の住む自宅へ定期的に帰ることが出来る為の支援を行なっています。	家族がグループホームに泊りがけで訪問したり、利用者が家族と一緒に帰宅しています。昔住んでいた所の友人が訪ねて来ることもあります。墓参りや馴染みの店に職員が同行したり、電話や年賀状の支援もしています。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
21		○利用者同士の関係の支援 利用者同士の関係を把握し、一人ひとりが孤立せずに利用者同士が関わり合い、支え合えるような支援に努めている	利用者同士の関わり合いを大切にしています。利用者同士が自然に交流できるように支援しています。		
22		○関係を断ち切らない取組み サービス利用（契約）が終了しても、これまでの関係性を大切にしながら、必要に応じて本人・家族の経過をフォローし、相談や支援に努めている	一度、利用が中止になった方であっても、相談を受けたり、またはその方が必要としている支援が受けられるようお手伝いしていきます。		
Ⅲ その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント					
23	9	○思いや意向の把握 一人ひとりの思いや暮らし方の希望、意向の把握に努めている。困難な場合は、本人本位に検討している。	利用者本人の思いを一番に考えています。本人が意思表示しにくい場合は本人の気持ちに寄り添うと同時にキーパーソン、その他の家族から本人の意向を汲み取り、意向の把握に努めています。	利用者の思いや意向の把握は家族からが主ですが、日々の生活の中でも本人から意向を聞き取るように努めています。寡黙な方へは入浴等のリラックスした機会にコミュニケーションを取りその方の思いを受け止め、申し送りでも共有化しています。	
24		○これまでの暮らしの把握 一人ひとりの生活歴や馴染みの暮らし方、生活環境、これまでのサービス利用の経過等の把握に努めている	時間をかけてアセスメントを行います。可能な限り、生活歴等の情報を収集し、ご本人の支援に役立てています。		
25		○暮らしの現状の把握 一人ひとりの一日の過ごし方、心身状態、有する力等の現状の把握に努めている	ケアマネジャーが介護スタッフを兼務しているので、様々な角度から情報を収集できます。利用者一人ひとりの特性を細かく、また総合的に把握しています。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
26	10	○チームでつくる介護計画とモニタリング 本人がより良く暮らすための課題とケアのあり方について、本人、家族、必要な関係者と話し合い、それぞれの意見やアイデアを反映し、現状に即した介護計画を作成している	家族からは直接または電話等で意見をお聞きしています。また、ご本人、関係者からの意見もカンファレンス等で検討し即プランに反映させています。	6ヶ月に1回見直しを行っています。プラン案を作り、担当者会議でプランをまとめ、この間に看護師・医師からの意見を追加し、利用者・家族の承認をもらっています。毎月カンファレンス時に、必要利用者のモニタリングをしています。	
27		○個別の記録と実践への反映 日々の様子やケアの実践・結果、気づきや工夫を個別記録に記入し、職員間で情報を共有しながら実践や介護計画の見直しに活かしている	個別記録、業務日誌、連絡帳を活用し情報を共有しています。変更の必要なことは管理者を中心に申し送りで検討、即実践していません。変更内容は申し送り、連絡帳等を通じて伝えています。		
28		○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化 本人や家族の状況、その時々生まれるニーズに対応して、既存のサービスに捉われない、柔軟な支援やサービスの多機能化に取り組んでいる	利用者、ご家族の要望を大切にし、そのご要望に最大限応じるために柔軟な対応を行っています。		
29		○地域資源との協働 一人ひとりの暮らしを支えている地域資源を把握し、本人が心身の力を発揮しながら安全で豊かな暮らしを楽しむことができるよう支援している	警察、消防、民生委員、自治会の役員等地域の方に全員が認知症であることをお知らせして、協力していただいております。		
30	11	○かかりつけ医の受診診断 受診は、本人及び家族等の希望を大切にし、納得が得られたかかりつけ医と事業所の関係を築きながら、適切な医療を受けられるように支援している	ホームでお世話になっている先生がいますが、ご本人、ご家族の希望を最優先していません。他にご希望の先生がいれば、その先生の受診、往診が出来るよう支援させていただいております。	かかりつけ医は利用者の希望で3医師に分かれています。2人の医師は月2回往診に来ています。歯科医は治療・入れ歯・口腔ケアで週1回往診し、看護師は週1回健康チェックしています。健康管理に対し十分な体制を取っています。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
31		○看護職員との協働 介護職員は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職員や訪問看護師等に伝えて相談し、個々の利用者が適切な受診や看護を受けられるように支援している	訪問看護ステーション、また医療連携の契約をしている看護師とは日々連携をとっています。何かあれば気軽に相談出来る関係が出来ています。		
32		○入退院時の医療機関との協働 利用者が入院した際、安心して治療できるように、また、できるだけ早期に退院できるように、病院関係者との情報交換や相談に努めている。又は、そうした場合に備えて病院関係者との関係づくりを行っている。	利用者が入院した際は、病院の担当医師、看護師、ソーシャルワーカーとの情報交換に努め、本人、ご家族の意向を大切にしながら早期退院に向けた働きかけを行っています。		
33	12	○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援 重度化した場合や終末期のあり方について、早い段階から本人・家族等と話し合いを行い、事業所でできることを十分に説明しながら方針を共有し、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	まず本人、ご家族の思いを大切にし、どこでのどのように最期を迎えたいかを十分に話し合います。その上で、医師、看護師等の協力の下出来る事を最大限行っていきます。	入居時に重度化した場合の説明をし、同意書とアンケートを書いてもらいます。実際に重度化した場合、さらに家族の同意を得ています。看取りの経験は多く、今年度も数名の経験をしています。新人は管理者指導の下で実務を行い経験を積んでいます。	
34		○急変や事故発生時の備え 利用者の急変や事故発生時に備えて、全ての職員は応急手当や初期対応の訓練を定期的に行い、実践力を身に付けている	終末期のケアを実践しているホームなので、どのような場合でも適切な対応が出来るように備えています。		
35	13	○災害対策 火災や地震、水害等の災害時に、昼夜を問わず利用者が避難できる方法を全職員が身につけるとともに、地域との協力体制を築いている	年2回の訓練はもちろん、日頃から防災意識を高めています。 いざという場合には、消防団、自治会、民生委員の協力を得ます。	消防署の協力による夜間を想定した防災訓練を年2回実施しています。消防署での模擬避難訓練にも職員が参加しています。次年度、地域の消防団と合同での避難訓練を模索しています。	消防署や消防団や、地元地域とも協力関係はできています。さらに運営推進会議を通して、又は地域との協力関係で、防災訓練に地域の方にも参加してもらえることも期待されます。

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
IV その人らしい暮らしを続けるための日々の支援					
36	14	○一人ひとりの人格の尊重とプライバシーの確保 一人ひとりの人格を尊重し、誇りやプライバシーを損ねない言葉かけや対応をしている	利用者様を一人の人として尊重しています。常に相手の立場に立ち、誇りやプライバシーを損ねる言動は慎んでいます。	利用者への声掛けは基本的には「さん」づけで呼んでいます。トイレや風呂へはさりげなく誘導しています。接遇に関しては法人で研修し、個人情報保護については内部研修しています。個人ファイルは鍵付の書棚に保管しています。	
37		○利用者の希望の表出や自己決定の支援 日常生活の中で本人が思いや希望を表したり、自己決定できるように働きかけている	レクリエーションの参加等でも自己決定の場面を設けています。また、夕食の際は好みの食材をお聞きして調理していますし、おやつも好みのものを提供しています。		
38		○日々のその人らしい暮らし 職員側の決まりや都合を優先するのではなく、一人ひとりのペースを大切に、その日をどのように過ごしたいか、希望にそって支援している	一日の過ごし方に、細かいスケジュールは設けておらず、その日の利用者様の状態、希望に沿って過ごせるように支援いたします。		
39		○身だしなみやおしゃれの支援 その人らしい身だしなみやおしゃれができるように支援している	洋服を選ぶ際には本人の希望をお聞きして決めています。ご自分で選べない方には、好みを把握したスタッフが代わりに選ばせていただいております。		
40	15	○食事を楽しむことのできる支援 食事が楽しみなものになるよう、一人ひとりの好みや力を活かしながら、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	出来る方には、調理（皮をむく、切る、炒める等）、配膳、片付け等声掛けをして、手伝っていただいております。	職員が作成した献立に従い早番職員や、調理員が調理しています。食材は毎日利用者と職員と一緒に買物に出掛けています。できる方は食事の準備や後片付けに係わっています。行事食はちらし寿司、誕生日は手作りケーキで祝っています。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
41		○栄養摂取や水分確保の支援 食べる量や栄養バランス、水分量が一日を通じて確保できるよう、一人ひとりの状態や力、習慣に応じた支援をしている	一人ひとりの適正な量を把握し、支援させていただいております。特に、体調等優れない場合には、細かく管理をしていきます。		
42		○口腔内の清潔保持 口の中の汚れや臭いが生じないよう、毎食後、一人ひとりの口腔状態や本人の力に応じた口腔ケアをしている	歯科医師、歯科衛生士の指導の下、口腔内のケアを行っております。		
43	16	○排泄の自立支援 排泄の失敗やおむつの使用を減らし、一人ひとりの力や排泄のパターン、習慣を活かして、トイレでの排泄や排泄の自立に向けた支援を行っている	家族からの情報、利用者様の入居後のデータを有効に活用し、一人ひとりの排泄リズムを把握。声掛けや誘導等を行い自立に向けた支援を行っております。	トイレは自立の方もいますが、大部分の方はリハビリパンツを使用しています。利用者の表情・仕草や排泄チェック表にてパターンを把握し、さりげなく誘導し自立に向けて支援しています。入居後、歩行訓練で自立度を上げ布パンツに替わった方もいます。	
44		○便秘の予防と対応 便秘の原因や及ぼす影響を理解し、飲食物の工夫や運動への働きかけ等、個々に応じた予防に取り組んでいる	便秘の原因や、及ぼす影響を理解し、水分補給、運動、マッサージ、ヨーグルトの摂取、服薬等様々な取り組みを行っています。		
45	17	○入浴を楽しむことができる支援 一人ひとりの希望やタイミングに合わせて入浴を楽しめるように、職員の都合で曜日や時間帯を決めてしまわずに、個々に応じた入浴の支援をしている	安全な環境で安心して入浴していただくことを第一に考えて支援しています。体調や気分を考慮し、その方に適したタイミングで入浴していただきます。	週3回、午前中に職員2名で入浴支援をしています。入浴拒否をする入居者はいません。行事の柚子湯、菖蒲湯を行っています。時々、温泉の入浴剤でも楽しんでもらっています。使用毎に湯を入れ替えています。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
46		○安眠や休息の支援 一人ひとりの生活習慣やその時々状況に応じて、休息したり、安心して気持ちよく眠れるよう支援している	体調、年齢、その方の生活習慣等を考慮し、日中横になれる時間を設けております。また、夜間は温度、照明から体調面まで気を配り、安眠できるよう支援しています。		
47		○服薬支援 一人ひとりが使用している薬の目的や副作用、用法や用量について理解しており、服薬の支援と症状の変化の確認に努めている	お薬の説明書を見てしっかり把握しています。また、誤薬のないよう日勤と遅番で2重チェックを行っています。※薬のセットは薬剤師に依頼して間違いのないようにしています。		
48		○役割、楽しみごとの支援 張り合いや喜びのある日々を過ごせるように、一人ひとりの生活歴や力を活かした役割、嗜好品、楽しみごと、気分転換等の支援をしている	ご本人の日々の様子や、ご家族から聞いた生活歴、興味、関心等の情報を活用し、1人ひとりが日々の生活の中で喜びや生きがいを実感できるよう支援しています。		
49	18	○日常的な外出支援 一人ひとりのその日の希望にそって、戸外に出かけられるよう支援に努めている。また、普段は行けないような場所でも、本人の希望を把握し、家族や地域の人々と協力しながら出かけられるように支援している	天気や体調、気分等を考慮し安全を確保した上で散歩や買い物等一緒に出掛けるよう心掛けています。	日常の散歩は車イスの方も含め半数の方がしています。郵便局や薬局へ同行したり、通院の同行支援で外食もしています。デイサービスのマイクロバスで花見・初詣に出かけています。盆踊りや祭りにも参加しています。	
50		○お金の所持や使うことの支援 職員は、本人がお金を持つことの大切さを理解しており、一人ひとりの希望や力に応じて、お金を所持したり使えるように支援している	普段の管理はホームでしていますが、買い物際にはお財布を本人にお渡しし、支払いまでご本人にさせていただいております（出来ない部分は職員がお手伝いいたします）。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
51		○電話や手紙の支援 家族や大切な人に本人自らが電話をしたり、手紙のやり取りができるように支援をしている	ご希望があった時には、職員がお手伝いをして、ご家族とお電話でお話しをいただいています。		
52	19	○居心地のよい共用空間づくり 共用の空間（玄関、廊下、居間、台所、食堂、浴室、トイレ等）が、利用者にとって不快や混乱をまねくような刺激（音、光、色、広さ、温度など）がないように配慮し、生活感や季節感を採り入れて、居心地よく過ごせるような工夫をしている	共用空間では、小物、花を置き季節感を表しています。また利用者様にとって馴染みのある懐かしいものを設置し、居心地良く過ごしていただく為の様々な配慮をしています。	ホールの設定温度は20～22℃です。湿度は室内干しや霧吹きで調整しています。和室では利用者が洗濯たたみなどを行っています。室内で飼っている愛犬が、利用者の癒しになっています。	
53		○共用空間における一人ひとりの居場 共用空間の中で、独りになれたり、気の合った利用者同士で思い思いに過ごせるような居場所の工夫をしている	ダイニング、廊下、ベランダ等にソファや椅子を設置し、一人あるいは気の合った仲間と過ごせる空間を作っています。		
54	20	○居心地よく過ごせる居室の配慮 居室あるいは泊まりの部屋は、本人や家族と相談しながら、使い慣れたものや好みのものを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている	各お部屋は本人、ご家族と話し合い、その方が長年暮らしてきた居室に似た環境にするようにしています。家具等使い慣れたものを持ってきていただき安心して過ごせるよう配慮しています。	全室和室ですが、フローリングを敷いて洋室に変更したり畳のまま使用の方もいます。エアコン以外は防炎カーテン、ベッド、家具、仏壇も持ち込み可能で自由に設置しています。利用者担当職員が、整理整頓を支援しています。	
55		○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり 建物内部は一人ひとりの「できること」や「わかること」を活かして、安全かつできるだけ自立した生活が送れるように工夫している	利用者様の身体機能を安全に活かせるよう、また、認識力を発揮できるよう様々な工夫がされています。（手すりの設置、バリアフリー、場所を示すラベル表示等）		

(別紙4(2))

事業所名 グループホーム青葉台

目標達成計画

作成日: 平成 25年 6月 19日

目標達成計画は、自己評価及び外部評価結果をもとに職員一同で次のステップへ向けて取り組む目標について話し合います。
目標が一つも無かったり、逆に目標をたくさん掲げすぎて課題が焦点化できなくならないよう、事業所の現在のレベルに合わせた目標水準を考えながら、優先して取り組む具体的な計画を記入します。

【目標達成計画】					
優先順位	項目番号	現状における問題点、課題	目標	目標達成に向けた具体的な取り組み内容	目標達成に要する期間
1	18	重度の利用者の外出支援が出来ていない	外に出る機会の少ない(要介護度の軽い利用者比べて)、要介護度4、5の利用者の定期的な外出支援を継続して行う。	同法人の老健で毎月開催されるイベントにドライブを兼ねて定期的に参加(6月より実施)。その他、ドライブ、散歩、外気浴の機会をグループごとに実施していく。	1 2ヶ月
2	13	防災訓練の内容を充実させる。	利用者参加の訓練、DSとの合同での訓練を実施。その後、地域の住民参加の訓練を最低1回行う。	9月に利用者参加の訓練を実施。その後、DSと合同での訓練を実施し、今年度中に1度地域住民参加の訓練を実施する。	1 2ヶ月
3					ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月

注) 項目の欄については、自己評価項目のNo.を記入して下さい。項目数が足りない場合は、行を挿入してください。